

## **ERIKOISTUNUT HUUMEHOITO: ONGELMAN MÄÄRITTELY JA ERILAISET HOITOVAIHTOEHDOT**

Millaisia hoitovaihtoehtoja huumeiden käyttäjille on Suomessa olemassa, sitä selvitetään tässä huumehoidon erityispalveluja tarkastelevan artikkelisarjan toisessa osassa. On paikallaan heti alkuun korostaa, että tarkoitus ei ole arvioida hoidon tehokkuutta tai eri vaihtoehtojen keskinäistä paremmuutta, vaan keskittyä kuvaamaan ja erittelemään hoitopalvelujen tarjontaan sisältyvää erilaisten menetelmien, lähestymistapojen ja määrittelyjen kirjoa. Miten hoitoon päästään, millaista väkeä tulijat ovat ja kauanko hoito kestää? Millaisin menetelmin huumeasiakkaita hoidetaan? Millaisena hoito-ongelmana huumeiden käyttö yksiköissä nähdään ja miten yksikköjen menetelmävalikoimat kytkeytyvät ongelman määrittelyyn? Mitä mieltä yksiköissä ollaan lääkeshoidosta ja miten huumehoidon ja alkoholihoidon välinen suhde jäsennetään? Tässä artikkelissa etsitään vastauksia näihin kysymyksiin.

Tutkimuksen kohteena on 12 huumeongelmaisten hoitopaikkoina tunnettua yksikköä. Tutkimusaineisto koostuu niistä kerätyistä haastattelu- ja dokumenttitiedoista. Yksiköt on tutkimuksessa ryhmitelty neljään erityyppiseen laitosryhmään: huumeisiin erikoistuneita yksiköitä (H-ryhmä) ovat HYKS:n huumevieroitusyksikkö, Kalliolan klinikoiden Kiskon toimintayksikkö ja Vapaaksi huumeista ry:n Pellaksen vastaanotto- ja hoitoonohjauskoti; alkoholistiparantoloita ja A-klinikoita (A-ryhmä) edustavat Järvenpään sosiaa-

lisairaala, Tervalammen kartano, Mainiemen kuntoutumiskeskus ja Kettutien A-poliklinikka; nuorille suunnattuja päihdeongelmien hoitopaikkoja (N-ryhmä) ovat Hietalinna-yhteisö, Sutela-koti ja Nuorten päihdepysäkki; psykiatrisista laitoksista (P-ryhmä) mukana ovat Helsingin nuorisopsykiatrian yksikkö ja Hesperian sairaala. Yksiköiden valintaa ja keväällä 1994 suoritettua aineistonkeruuta on selvitetty tarkemmin artikkelisarjan ensimmäisessä osassa (ks. Hakkarainen & Kuussaari 1996). Esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut ja vankilalaitoksen päihde-ehtoiset terveyspalvelut ovat tarkastellun ulkopuolella. Tutkimusaineisto painottuu myös selvästi laitospalveluihin.

### **HOITOKYNNYKSET**

Haastatteluissa arvioitiin yleisesti, että haluava pääsee hoitoon kohtuullisen helposti. Se, miten hoitoon tullaan sisään, vaihtelee yksiköittäin sen mukaan, tarvitaanko ajanvaraus, lähete tai kunnan maksusitoumus, onko hoitoon jonotusta, vaaditaanko ennakolta tehtävä tutustumiskäynti ja saako hoitoon tulla päihtyneenä.

Avohoitoon pääsy on vaivattominta. Siinäkin tosin saatetaan käyttää ajanvarausta eräänlaisena motivaatiomittarina. Esimerkiksi HYKS:n vieroitusyksikössä aikaa ei yleensä anneta samaksi päiväksi, vaan asiakas pan-

naan odottamaan ja miettimään ratkaisuaan jonkin aikaa; onnistuneen hoidon lähtökohtana pidetään hetken mielijohdetta punnitumpaa päätöstä.

Laitoshoidossa tiukimmat kriteerit ovat kuntoutuksessa. Kiskossa edellytetään vähintään viikon mittaista vieroitusta jossakin muussa yksikössä ennen sisään pääsyä; asiakkailta vaaditaan sitoutumista muutokseen. Matalan kynnyksen yksiköihin (Pellasa ja Hietalinna) voi tulla ilman lähetettä tai maksusitoumusta ja sisään pääsee samana päivänä, Pellakseen myös päihtyneenä; tulijalle tarjotaan mahdollisuutta päihdekierteen katkaisuun silloin kuin siltä tuntuu, ilman odottelua vaativia ennakkoehtoja. Omassa lajissaan mielenkiintoinen on Tervalammen kriteeristö. Haastattelussa laitoksen kerrottiin ottaneen itselleen eräänlaisen verkopaikkaajan roolin hoitojärjestelmässä: sisään otetaan huumeongelmaisia, jotka eivät muihin yksiköihin porttikiellon tai muun syyn takia kelpaa tai halua. Valikoinnin taustalla on kaksi tekijää. Kunnallisena yksikkönä Tervalamella on katsottu velvollisuudeksi tarjota päihdehuoltolain mukainen tarpeen vaatima hoito myös kaikkein vaikeimmissa tapauksissa. Toisaalta yksikössä toteutetaan lääkevieroitukseen perustuvaa hoitokokeilua, jonka yleensäkin katsotaan olevan perusteltua ainoastaan pitkän käyttäjäuran omaavien narkomaaniasiakkaiden kohdalla.

Tahdonvastainen hoito on Suomessa mahdollista mielenterveyslain ja lastensuojelulain perusteella. Tämän tutkimuksen yksiköistä Hesperian sairaala, Hesperian nuorisopsykiatrian yksikkö sekä Tampereen päihdepysäkki hoitavat asiakkaita myös tahdonvastaisesti. Niissäkin tahdonvastaisuus pyritään kuitenkin muuttamaan vapaaehtoisuudeksi mahdollisimman nopeasti. Tiedusteltaessa mielipidettä tahdonvastaisesta hoidosta yksiköissä oltiin lähes poikkeuksetta sitä mieltä, että varsinkin nuorten tahdonvastainen hoito pitäisi organisoida Suomessa paremmin. Yleisemmin tahdonvastaista hoitoa kuitenkin kritisoitiin, koska katsottiin pakon

avulla olevan lähes mahdotonta hoitaa asiakkaita.

## ASIAKKAAT JA HOITOAJAT

Tilastoinnin kirjavuudesta johtuen asiakkaiden luonnehdinta joudutaan rajoittamaan yleiselle tasolle. Tutkimusaineiston yksiköiden huumeasiakkaista keskimäärin runsas kaksi kolmasosaa vuonna 1993 oli miehiä. Huomionarvoista on, että naisten osuus huumeasiakkaissa (lähes 1/3) näyttäisi olevan suurempi kuin päihdepalveluissa (n. 1/5) yleensä (Nuorvala & Lehto 1992; Kaukonen 1994, 23). Nuorten päihdepysäkillä tyttöjä oli ollut hoidossa jopa enemmän kuin poikia.

Asiakkaiden keski-ikä vaihteli N-ryhmässä 15 vuoden (päihdepysäkki) ja 25 vuoden (Sutela-koti) välillä. Helsingin nuorisopsykiatrian yksikössä se oli 16–17 vuotta. Aikuisille tarkoitetuissa yksiköissä asiakkaiden keski-ikä liikkumaväli oli 20–30 vuotta. Verrattaessa tietoja valtakunnalliseen päihdetapauslaskentaan voidaan todeta, että huumeasiakkaat ovat keskimäärin kymmenkunta vuotta nuorempia kuin päihdehuollon asiakkaat yleensä (Nuorvala & Lehto 1992).

Tyypillisin huumeasiakas oli eri aineiden (huumeet, lääkkeet, alkoholi) sekakäyttäjä. Kannabiksen käyttö oli tavallista, mutta varsinaisina hoito-ongelmina huumausaineista nousivat vahvimmin esiin amfetamiini ja opioidit. Useassa yksikössä oltiin huolestuneita nuorten amfetamiinin käyttäjien lisääntymisestä. Kettutien A-poliklinikalla on kiinnitetty huomiota opiaattiriippuvaisten kovien huumeiden käyttäjien yleisyyteen (Holopainen & Annala 1995).

Huumeasiakkaiden hoitoajat ovat lyhimät P-ryhmässä. Hesperian sairaalassa huumeiden käyttäjät viipyvät maksimissaan kolme vuorokautta, nuorisopsykiatrian osastolla hoitoajat ovat jonkin verran pidemmät. N-ryhmän yksiköissä tavallinen hoitoajan vaihteluväli on 2–4 viikkoa. A-ryhmän Järvenpäässä ja Mainiemessä hoitojakso kestää keskimää-



Taulukko 1. Hoitomenetelmät yksikköryhmittäin

|                            | H-ryhmä<br>(3) | A-ryhmä<br>(4) | N-ryhmä<br>(3) | P-ryhmä<br>(2) |
|----------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| vieroitushoito             | 2              | 4              | 3              | 1              |
| kuntoutus                  | 1              | 3              | 3              | —              |
| avohoito                   | 1              | 1              | 2              | —              |
| lääkehoito                 | 1              | 4              | 1              | 2              |
| lääkekielto                | 2              | —              | 2              | —              |
| yksilöllinen hoito-ohjelma | 2              | 4              | 3              | 2              |
| yhteisöllisyys             | 3              | 3              | 3              | 1              |
| ryhmäterapia               | 3              | 4              | 3              | 1              |
| yksilöterapia              | 3              | 4              | 3              | 1              |
| ratkaisukeskeisyys         | 1              | 1              | 2              | —              |
| mies/naisryhmät            | 2              | 3              | 1              | —              |
| verkostohoito              | —              | 2              | 3              | 1              |
| NA                         | 2              | 1              | 1              | —              |
| työtoiminta                | —              | 2              | 1              | —              |
| toiminnallisuus            | 1              | 3              | 3              | —              |
| tuettu asuminen            | 1              | —              | 1              | —              |
| seuranta                   | 1              | —              | 2              | —              |

rin yhden kuukauden, Tervalamella 2–3 kuukautta. Näissä yksiköissä huumeasiakaiden hoitojaksot ovat pidempiä kuin muiden päihdeongelmaisten kohdalla (Kaukonen 1993, 13–14). Yksiköissä korostetaan huumeiden käyttäjien hoidon kestoa, ja halukkuutta pidempiinkin hoitoaikoihin on olemassa, esimerkiksi Mainiemessä kuuteen kuukauteen saakka.

Huumehoidon erityisyksiköistä HYKS:n osastojakso on kahden viikon mittainen ja Pellaksessa viivytään keskimäärin yhtä pitkään. Kuntoutukseen keskittyvän Kiskon hoitoajat poikkeavat muista suuresti: hoito rakentuu 1,5–2 vuotta kestävästä 3-vaiheisesta ohjelmasta, johon liittyy vuoden mittainen seuranta. Kuntoutusohjelman kaksi ensimmäistä vaihetta suoritetaan maaseudulla ja kolmas jatkohoitoyksikössä Helsingissä. Pitkäkestoista hoitoa on tarjonnut myös Hesperiaassa toiminut metadoni-ylläpitohoito-ohjelma, jonka neljä asiakasta ovat vuosia hakenneet lääkeannoksensa päivittäin poliklinikalta. Ohjelmaan ei ole kuitenkaan otettu uusia asiakkaita 1980-luvun alkuvuosien jälkeen,

ja ohjelman merkitys hoitojärjestelmässä on jäänyt marginaaliseksi (ks. Opioidiriippuvaisten..., 1993).

### HOITOMENETELMÄT

Hoitomenetelmiä on monenlaisia. Yhteinen perusajatus yksiköissä on se, että on olemassa selkeät säännöt, joita kaikkien on noudatettava; esimerkiksi ei saa poistua paikalta ilman mukana olevaa henkilökunnan jäsentä, on pyrittävä totuttautumaan normaaliin päivä- ja yörytmiin sekä säännöllisiin ruoka-aikoihin. Tärkein sääntö on päihdekielto, jota valvotaan tarvittaessa laboratoriokokein (ns. huumeseu-la). Tämänkaltaisten sääntöjen lisäksi jokaisessa yksikössä on oma menetelmävalikoi-mansa, jota toiminnassa sovelletaan. Yleis-maailmalliseen tapaan hoitoprosessissa pyritään 1) vahvistamaan asiakkaan motivaatiota aineiden käytön lopettamisessa, 2) tukemaan yksilöä huumeettoman elämäntavan opette-lussa ja 3) vähentämään retkahdusalttiutta (Schuckit 1994).

Hoitomenetelmällä tarkoitetaan tässä sel- laista interventiota hoitoon hakeutuneen hen- kilön elämään, jolla pyritään edistämään hän- nen mahdollisuuksiaan selviytyä ongelmis- taan. Aineistossa mainitut menetelmät on kir- jattu taulukkoon 1 yksikköryhmittäin niin, että mukaan on otettu kaikki ne menetelmät, jotka on haastatteluissa mainittu vähintään kahdessa yksikössä. Ryhmien sisäisiä vivah- de-eroja on pyritty tuomaan esille kirjaamalla ylös se, kuinka monessa yksikössä kyseisen tyyppistä hoitoa annetaan.

Lähes kaikki yksiköt antavat sekä vieroit- tushoitoa että kuntouttavat asiakkaita. Kiskon yksikkö H-ryhmästä on omistautunut yksin- omaan kuntoutukseen ja edellyttää, että ai- neista vieroitus on tapahtunut muualla. Ryh- män kaksi muuta yksikköä ovat puolestaan keskittyneet lähinnä vieroitukseen ja ohjaa- vat asiakkaansa muualle – aika paljon juuri Kiskoon – kuntoutushoitoon. A- ja N-ryhmien laitoshoidon yksiköissä on mahdollista saada sekä vieroitushoitoa että kuntoutusta. Näiden ryhmien sisällä työnjako ei ole kehittynyt yhtä selkeäksi kuin H-ryhmässä.

Mahdollisuus avohoitoon on neljässä hoi- toyksikössä. Kettutien A-poliklinikalla on yksinomaan avopalveluja. Kun haastateltavil- ta tiedusteltiin yleensä avohoitopalvelujen kykyä hoitaa huumeongelmaisia, oli päälinja- na se, että avohoitoa tulisi kehittää ja että tie- toa huumeproblematiikasta avohoidon sisällä pitäisi lisätä. Yhteistyö avo- ja laitoshoidon välillä koettiin ensiarvoisen tärkeäksi: jatko- hoito avopalveluiden piirissä nähtiin välttä- mättömäksi tueksi laitosjakson loputtua. Esiin tuli myös mahdollisuus luoda jonkinlai- nen kiinniottojärjestelmä, joka helpottaisi asiakkaan paluuta hoitoon retkahduksen jäl- keen. Haastatteluissa katsottiin, että lievem- missä huumeongelmissa riittävät yleensä pel- kät avohoidon palvelut.

Yhteisöllisyys, ryhmä- ja yksilöterapia sekä yksilöllisten hoitoratkaisujen painottaminen ovat eniten käytettyjä hoitomenetelmiä. Niitä voi pitää peruspilareina, joiden varaan yksi- köiden menetelmävalikoimat rakentuvat.

Yhteisöllisyys on mainittu tärkeäksi hoito- menetelmäksi lähes jokaisessa yksikössä (10). On koettu, että yhteisöllä on jo sinänsä tukea antava ja kontrolloiva merkitys jäsenil- leen. Jotta yhteisö toimisi, on sen jäsenten noudatettava yhteisössä määriteltyjä sääntö- jä. Toimintaan kuuluvat myös jäsenten erilai- set velvollisuudet (esim. siivous ja ruoanlait- to).

Yhteisöllisyyden malliltaan täsmällisin on Kiskon yksikkö, jonka toiminta pohjautuu AA:n toipumisojelman soveltavaan Min- nesota-malliin ja Daytop-tyyppiseen narko- maanien hoitoyhteisöön. Kiskon hoitomalli edustaa perinteistä amerikkalaista concept house -tyyppistä yhteisöhoitoa, jossa yhteisön sosiaalinen rakenne on vahvasti hierarkkinen ja autoritaarinen; henkilökunnan ja asiakkai- den välinen ero on jyrkkä, säännöt ovat ehdot- tomia ja asiakkaita kontrolloidaan tiukasti (Christie & DeBerry 1994). Mikäli asiakas hoitaa tehtävänsä kunnolla, hänen on mahdol- lista edetä potilashierarkiassa ylöspäin, jos hän taas jättää velvollisuudet hoitamatta, suunta on alaspäin. Hierarkia toimii tärkeim- pänä yhteisöllisenä hoitovälineenä: ryhmä- prosessi pakottaa yksilön henkilökohtaiseen muutostyöhön. Asiakkaita kutsutaan Kiskos- sa oppilaiksi; tehtävänä on päihteettömän elä- män opettelu.

Muissa yksiköissä yhteisöllisyys ei noudata puhtasoppisesti mitään täsmällistä mallia. Esimerkiksi Hietalinna kuvaa itseään ”seka- tavarakaupaksi”, jossa on yhdistetty perintei- siä huumeaineiden käyttäjien hoitoyhteisö- jen peruserätyötapoja ja jossa konkreettiset hoitomenetelmät pyritään valitsemaan ta- pauskohtaisesti asiakkaan yksilöllisten tar- peiden perusteella.

Toinen merkittävä hoitomenetelmä on eri- laiset ryhmäkoostumiset. Ryhmät rakentu- vat yleensä jonkin teeman ympärille ja voivat olla luonteeltaan joko keskusteluryhmiä (naisten ryhmä, tunneryhmä, ongelmanratkai- suryhmä jne.) tai toiminnallisia ryhmiä (lii- kuntaryhmä, taideryhmä jne.). Tavoitteena on, että asiakkaat oppisivat ryhmässä olemi-



sen taitoa sekä ryhmätilanteissa itsestään ja omista ongelmistaan puhumista.

Yhteisöllisyyden ja ryhmien lisäksi yksiköissä on tarjolla yksilöhoitoa. Tyypillisesti siihen kuuluvat yksilöllisen hoitosuunnitelman laatiminen, luottamukselliset keskustelut ja omahoitajasuhde. Varsinainen terapia-työskentely painottuu ratkaisukeskeiseen tai kognitiiviseen lyhytterapiaan. Menneisyyden ruotimisen sijaan ajatukset suunnataan tulevaisuuteen: miten asiakas selviytyy arkipäivän tilanteista ja mitä hän tulevaisuudelta haluaa.

Verkostohoito kuuluu monen yksikön menetelmävalikoimaan. Hoitoprosessin tueksi pyritään löytämään asiakkaalle tärkeitä henkilöitä, jotka eivät ole mukana huumekuvioissa. Ideana on luoda ”turvallisuuskehikko”, joka auttaa hoidossa olevaa henkilöä palaamaan takaisin yhteiskuntaan. Varsinkin nuorten kohdalla verkostot koetaan tärkeiksi kanaviksi saattaa nuori takaisin normaaliin elämään; tällöin nimenomaan nuoren vanhemmilla on merkittävä rooli. Mikäli nuoren välit omiin vanhempiinsa ovat olemattomat, voidaan verkosto rakentaa niin, että siinä on mukana esimerkiksi virkavallan edustajia, ystäviä, hoitoyksikön henkilökuntaa tai avopalveluiden työntekijöitä.

Huumeiden käyttäjille etsitään sosiaalista tukea myös oma-apuryhmistä. Näistä tunnetuin on AA:n 12 askeleen ohjelmaa seuraava Nimettömät narkomaanit (NA), joka perustettiin Yhdysvalloissa jo vuonna 1953 (Mäkelä 1992). Tutkimusaineiston perusteella se näyttää 1990-luvulla saaneen jalansijan myös Suomessa: NA-ryhmiä kokoontui säännöllisesti ainakin neljässä hoitoyksikössä.

Toiminnallisuutta voidaan myös pitää hoito-menetelmänä. Yhteisöllisyyteen esimerkiksi liittyy olennaisena osana arkirutiinin ylläpito. Varsinaista työtoimintaa harjoitetaan sekä A-ryhmässä että yhdessä N-ryhmän yksikössä. Työskentely tarjoaa sillan laitoksen ulkopuoliseen elämään ja luontevan pääsyn irti omien ongelmien jatkuvasta pohdiskelusta. Irrottautumisesta ja rentoutusta tarjoaa myös

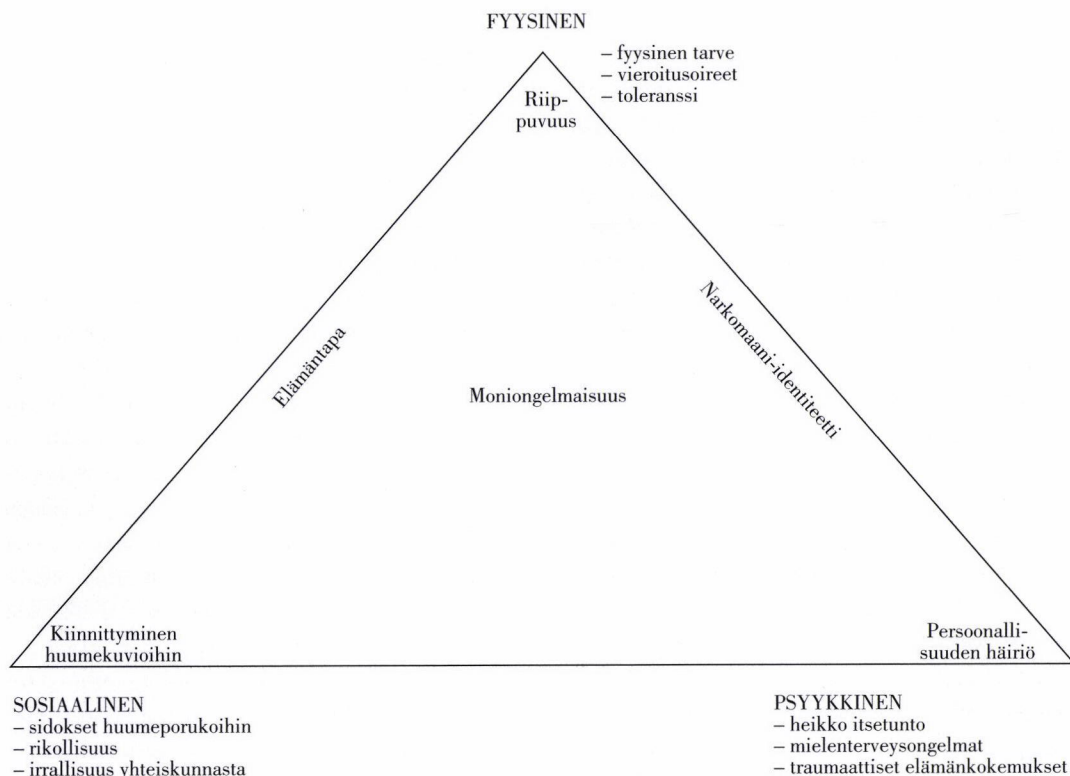
esimerkiksi liikunta, retkeily tai elokuvissa käynti, minkätyyppisen toiminnallisuuden merkitystä korostetaan erityisesti nuorten yksiköissä.

Tuetun asumisen ideana on antaa hoidossa edenneelle asiakkaalle mahdollisuus pehmeään laskuun takaisin yhteiskuntaan. Tuettu asuminen kestää sovitun aikaperiodin, ja siinä tarjotaan asiakkaalle asunto, mahdollisesti ruokailupalvelut sekä tiivis yhteistyö hoitoyksikköön, josta asiakas on irtaantumassa. Tuetun asumisen mahdollisuus on kahdessa hoitoyksikössä.

Seuranta harjoitetaan yhdessä H-ryhmän yksikössä ja kahdessa N-ryhmän yksikössä. Seurannan tarkoituksena on olla yhteydessä asiakkaaseen sen jälkeen, kun hän on lähtenyt varsinaisesta hoidosta. Yhdessä yksikössä on mahdollisuus jonkin ajan kuluttua palata ns. kertausjaksolle, joka kestää esimerkiksi yhden viikonlopun. Väljempää seurantaa edustaa menettely, jossa asiakkaan tilannetta tiedustellaan postikyselyn avulla puoli vuotta asiakkaan hoidosta irtautumisen jälkeen.

Edellä käsiteltyjen yleisimpien menetelmien lisäksi yksiköillä saattaa olla omia erikois-menetelmiään. Haastatteluissa mainittiin mm. akupunktio, vyöhyketerapia, rentoutushieronta, lymfaterapia, NLP ja transaktio-analyysi. Psykiatristen yksikköjen osalta taas, jos palataan taulukkoon 1, huomiota kiinnittää lääkehoidon keskeisyys huumeasiakkaiden hoidossa.

Yksikköjen menetelmävalintojen taustalla on kokemus siitä, kuinka huumeongelmaisista hoidetaan. Menetelmävalintoihin ovat vaikuttaneet myös ulkomaiset mallit, tutkimukset jonkin menetelmän tuloksellisuudesta ja ajankohtaiset hoitoteoreettiset keskustelut. Viimeksi mainitusta tutkimusaineistosta nousi esiin erityisesti kognitiivinen käyttäytymisterapia. Myös yleiset Suomessa käytetyt päihdetyön menetelmät ovat vaikuttaneet menetelmävalikoimaan. Nuorten yksiköissä on puolestaan lastensuojelun viitekehyksellä oma merkityksensä menetelmäkentän muodostuksessa.



### HUUMEONGELMAN MÄÄRITTELY

Yksi tapa eritellä huumehoidon vaihtoehtoja on tarkastella, millaisena yksilötason ongelmana huumeiden käyttö yksiköissä nähdään: mistä huumeiden käytössä on kysymys? Ongelman määrittelyt kertovat yksikön toimintatapojen yleisorientaatiosta ja tapausten tulkinnasta; määritelmien tarkastelu antaa kuvan siitä, millaisiin muutoksiin ja mitä kautta hoitotoimissa eri yksiköissä pyritään.

Odotetusti yksilöllisen huumeongelman määrittelyssä tulee esiin yhteisiä piirteitä, erityisesti huumeiden ja rikollisuuden välisen kytkennän merkityksen korostaminen. Erot hoitoyksikköjen välillä ovat jäsennettävissä sen mukaan, painotetaanko määrittelyssä fyysisiä tarvetekijöitä, yksilön psyykkistä struktuuria vai käyttäjän sosiaalisia sidoksia. Huumeiden käytön erilaiset ongelmakonstruktiot

liikkuvat ja rakentuvat näiden ulottuvuuksien välillä. Määrittelyt kertovat siitä, millaisena hoito-ongelmana huumeiden käyttöä lähestytään (kuvio 1).

Riippuvuudesta vahvassa merkityksessä puhutaan silloin, kun määrittelyssä painotetaan yksilön fysiologista tarvemaailmaa ja aineiden käytön riippuvuutta synnyttäviä ominaisuuksia, toleranssia ja vieroitusoireita. Sosiaalisella ulottuvuudella ongelmaksi nähdään yksilön sosiaalisten suhteiden rakentuminen huumeekuvioiden ympärille ja sen myötä syntyvä irrallisuus järjestäytyneestä yhteiskunnasta ja tavallisista elämäntavoista. Kanssakäymisen rajoittuminen huumeoporukoihin ja rikolliseen alakulttuuriin pitää yksilöä pihdeissään. Huumeiden käyttö näyttäytyy eräänlaisena jengi-ilmiönä. Psyykkisellä ulottuvuudella puhe kääntyy persoonallisuuden häiriöihin, jotka voivat olla aineiden käy-



tön laukaisemia akuutteja sekavuustiloja tai käytön taustalla piileviä henkilökohtaisia ongelmia. Näkökulma huumeongelmaan avautuu mielenterveysongelmien, heikon itsetunnon ja traumaattisten elämäkokemusten kautta. Huumeiden käyttö nähdään yrityksenä ratkaista psyykkisiä ongelmia.

Riippuvuuskonseptio on ollut kansainvälisessä keskustelussa huumeiden ongelmakäytön määrittelyn ehdottomasti tärkein käsite, vaikkakin sen täsmällisestä sisällöstä, erityisesti fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden suhteesta, on käyty jatkuvaa debattia ja kiistelyä (Babor 1990; Berridge 1990). Riippuvuuskäsitteen keskeinen merkitys tulee esille myös tässä aineistossa. Se on yksiköille yleisin tapa määritellä huumeiden käyttöä. Jonkinlainen riippuvuuskäsitys esiintyy kaikissa yksiköissä. Tulkinnat kuitenkin vaihtelevat suuresti. Fysiologis-farmakologinen näkemys on vahvin Järvenpäässä ja Kettutiellä. Mainiemiessä painotetaan huumeiden käyttäjän sosiaalisen lähipiirin merkitystä puhumalla verkostoriippuvuudesta ja Hietalinnassa psykososiaalista sitoutumista puhumalla elämäntapakoukusta. Helsingin nuorisopsykiatrian yksikössä painotettiin psykologista taustatulkintaa, kun riippuvuus nähtiin ratkaisuyrityksenä psyykkisiin ongelmiin.

Toinen määrittelyissä toistuvasti esiintynyt käsite oli elämäntapa. Senkin takana nähtiin jonkinlainen riippuvuus-ilmiö (fiksoituminen tietynlaiseen elämäntapaan), mutta painottamalla sosiaalisia ja psyykkisiä sidoksia se ottaa tulkinnallisesti etäisyyttä farmakologis-fysiologiseen konseptioon. Esimerkiksi Tervalammen esitteen mukaan päihdeongelmis- sa on kysymys sosiaalsiin, psyykkisiin ja fyysisiin toimintaedellytysten puutteisiin liittyvistä elämäntaidon ongelmista. Psykologisempi konseptio on puhe narkomaani-identiteetistä, jolloin aineriippuvuus näyttäytyy osana henkilön minäkuva-tulkintaa. Kuvion 1 kolmen kärkipisteen välillä tasapainotteleva näkemys on huumeiden käyttäjän määrittely eksplisiittisesti moniongelmaisena. HYKS:n

vieroitusyksikössä moniongelmaisuuuteen liitettiin mm. kuuluminen rikolliseen alakulttuuriin, toimivien (raittien) ihmissuhteiden puuttuminen, asunto-ongelmat, huonot sosiaaliset taidot ja psykiatriset häiriöt.

On selvää, että konkreettisessa hoitotyössä, hoitajan ja asiakkaan välillä, saatetaan yksiköstä riippumatta soveltaa ja vaihdella hyvin-kin erilaisia ongelman määrittelyjä ja puheen kehyksiä (Jokinen & al. 1995). Se, millaisena kysymyksenä huumeongelma yksikkötasolla konstruoidaan, jäsentää kuitenkin yksiköiden hoitosuunnitelmia ja menetelmävalikoimaa. Otetaan esimerkiksi H-ryhmä. HYKS:n vieroitusyksikössä, jossa huumeiden käyttäjä nähdään moniongelmaisena, on tarjolla monenlaisia palveluja lääkehoidosta erilaisiin ryhmiin ja psykiatriin konsultaatioihin. Kiskossa ongelman määrittely rakentuu huume-kuvioiden merkityksen korostamiselle. Siksi on tärkeää, että hoitoyksikkö sijaitsee maaseudulla, jonne asiakas irrotetaan huume- maailman sosiaalisista sidoksista opettelemaan päihteettömän elämän aakkosia. Pelaksessa hallitsevan määrittelyn mukaan elämän murjomalle, narkomaani-identiteetin omaksuneelle käyttäjälle tarjotaan kodinomaista yhdessäoloa ja sosiaalista tukea.

## LÄÄKEHOITO VS. LÄÄKEKIELTO

Läkehoidon asema on yksi keskeinen mielipiteitä jakava kysymys huumeiden käyttäjien hoitokeskustelussa. Kysymys on moraalisesti arka: Onko oikein, että henkilölle, jolla on kemiallinen riippuvuus, tarjotaan hoidoksi toisia kemikaaleja. Se on myös professionaalisesti latautunut: lääkemääräyksiin on yksinoikeus yhdellä ammattikunnalla ja taustalla on laaja lääketeollinen kompleksikaupallisuusintresseineen. Kysymykseen peilautuvat myös erilaiset näkemykset lääkkeen ja huumeen välisen rajan määrittelystä. Kuten taulukosta 1 voitiin havaita, suhtautuminen lääkehoitoon erottelee tutkimusaineiston yksiköitä toisistaan. Tarkemmin ottaen yksiköi-



den suhtautuminen lääkehoitoon voidaan jakaa kolmeen ryhmään: ehdottoman kielteiseen, ehdottoman myönteiseen ja äärikantojen välissä tasapainoilevaan väliryhmään.

Täysin lääkkeetöntä hoitoa on perusteltu mm. sillä, että riippuvuutta yhdestä aineesta on mahdotonta parantaa toisella. Toisaalta on koettu, että asiakkaan mahdollisuudet selvittää tilanteesta ovat pienet, mikäli hänen täytyy turvautua lääkkeisiin; läkehoidossa ei ikään kuin uskota enää ihmisestä itsestään lähtevään kykyyn selvittää ongelmista. Lääkehoito nähdään siirtymisenä yhdestä koudusta toiseen. Kielteisyys lääkehoitoa kohtaan kytkeytyy huumeongelman määrittelyssä sosiaalisten tekijöiden korostamiseen: sosiaalisia ongelmia ei ratkaista kemiallisesti. Sen sijaan ratkaisuksi tarjotaan päihitteettömien elämäntaitojen opettelua ja irrottautumista entisistä kuvioista. Lääkekielteisyys on vahvimmillaan huumehoidon erityisyksiköissä ja nuorille suunnatuissa yksiköissä. Ehdoton lääkekielto on kahdessa H-ryhmän yksikössä ja kahdessa N-ryhmän yksikössä.

Useimmat yksiköt noudattavat väliryhmästrategiaa, jossa pääpyrkimyksenä on hoitaa asiakkaat ilman lääkitystä, mutta se ei ole ehdottomasti keinovalikoimasta poissuljettu vaihtoehto. Ideana on tavallisesti se, että ensin läpikäydään kaikki muut vaihtoehdot ja mikäli mikään niistä ei sovi asiakkaalle, on lääkityksen antaminen ikään kuin viimeinen mahdollisuus. Toisaalta lääkitystä voidaan käyttää ajoittaisena hoidon tukena vieroitusoireiden lievittämiseen, erityisesti katkaisuhoidon alkuvaiheessa. Lääkkeiden käytön yhteydessä korostetaan asiakkaan mahdollisuutta valita joko lääkkeetön tai lääkkeellinen hoitovaihtoehto. Tiukka kontrolli ja lääkärin valvonta koetaan lääkityksen yhteydessä erityisen tärkeäksi. Lääkkeellistä hoitovaihtoehtoa perustellaan lähinnä sillä, että kontaktin solmiminen asiakkaaseen helpottuu ja että lääkitys vie siten hoitoprosessia eteenpäin. Loput H-ryhmän ja N-ryhmän yksiköistä, samoin kuin useimmat A-ryhmän yksiköistä noudattavat tätä välistrategiaa.

Myönteisimmin lääkehoitoon suhtautuvissa yksiköissä korostetaan lääkityksen hoidollista merkitystä sekä sitä, että niissä ei nähdä mitään syytä siihen, miksi lääkkeitä ei voisi käyttää, mikäli näiden avulla saadaan helpotettua asiakkaan oloa. Haastatteluissa esitettiin myös argumentti, että mikäli asiakas on käyttänyt huumeusaineiden lisäksi myös lääkkeitä, on vieroittaminen ilman lääkeaineita vaikeata, jopa mahdotontakin (toisessa ääriryhmässä katsottaisiin, että tässä tilanteessa lääkityksestä pidättäytyminen olisi erityisen perusteltua). Suhtautuminen lääkitykseen on myönteisintä P-ryhmässä, jossa lääkitystä käytetään akuuttien psykoottisten tilojen käsittelyssä.

Varsinainen lääkitykseen perustuva vieroitushoito on Suomessa lähes olematonta. Mielienkiintoinen erityistapaus kuitenkin on Tervalampi, jossa vaikeasti opiaattiriippuvaisen huumeiden käyttäjän on mahdollista saada metadonin tai temgesicin avulla tapahtuvaa vieroitushoitoa. Tähän perustuu myös se, että yksikössä on oltu valmiita ottamaan hoidettavaksi muualle kelpaamattomia tapauksia. Vastakkainasettelujen jyrkkeyttä kuvastaa yhdestä lääkahoitoon kielteisemmin suhtautuvasta yksiköstä lausuttu toteamus: ”Meillä niitä temgesicin käyttäjiä yritetään saada irti siitä aineesta.”

Läkehoidon yhteydessä tiedusteltiin yksiköiltä niiden kantaa metadoni-ylläpitohoitoon, joka on ollut jo jonkin aikaa arvioinnin kohteena Suomessa (Opioidiriippuvaisten..., 1993). H-ryhmästä kaksi yksikköä sekä N- ja A-ryhmistä kummastakin yksi yksikkö vastusti metadonin käyttöä ylläpito-hoidossa, kuten myös kaikkia muita mahdollisia ylläpitolääkityksiä. Perustelut vastustamiseen ovat pääpiirteissään samat kuin edellä todetut läkehoidon vastustuksessa. Kärkevimman lausunnon mukaan ylläpitohoito on verrattavissa kuolemantuomioon.

Muut kahdeksan yksikköä suhtautuivat metadoni-ylläpitohoitoon myönteisesti. Yksiköissä oltiin sitä mieltä, että Suomesta löytyy varmasti sellaisiakin käyttäjiä, jotka hyötyisi-



vät ylläpitohoidosta. Yksiköt korostivat kuitenkin tiukan kontrollin merkitystä, hoitoon valittavien henkilöiden tarkkaa seurantaa sekä lääkitykseen liitettävän kuntoutuksen tärkeyttä. Ongelmaksi koettiin ylläpitohoidon antaminen sellaisessa yksikössä, jossa asiakkaita vieroitetaan myös ilman lääkkeitä. Kuinka nämä kaksi asiaa tulisivat keskenään toimeen?

Kuten totesimme, kielteisyyttä lääkettä kohtaan kytkeytyy näkemyksiin, joissa huumeongelma määritellään vahvasti sosiaalisiin suhteisiin liittyvillä seikoilla. Positiivinen suhtautuminen lääkettä puolestaan kytkeytyy määritelmiin, joissa korostuvat yhtäältä mielenterveyden häiriöt, toisaalta riippuvuus-konseptio tai ongelman monimuotoisuus. P-ryhmässä lääkitystä perustellaan akuuttien häiriötilojen korjaamisella, riippuvuus-konseptiossa, joka on tyypillinen A-ryhmässä, lääkkeitä voidaan helpottaa vieroitusoireita ja fyysistä irrottautumista aineiden käytöstä.

Toinen tekijä, joka näyttäisi vaikuttavan sekä ongelmamääritelmiin että kantoihin suhtautumisessa lääkettä hoitoon, on yksiköiden professionaalinen rakenne. Yksiköissä, joissa lääkäreillä on ratkaiseva osa hoito-ohjelman suunnittelussa, suhtaudutaan lääkettä joko myönteisesti tai välistrategian mukaisesti. On tietenkin odotettua, että lääkäreille tyypillisissä medikalistisissa ajattelumalleissa lääkitys on yksi tärkeä terapiamuoto, mutta kuten julkinen keskustelu varsinaisesta lääkävieroituksesta ja ylläpitohoidosta osoittaa, ammattikunnan sisällä on kiivaitakin erimielisyyksiä lääkeshoidon tarkoituksenmukaisista rajoista (Hakkarainen & Hoikkala 1992; vrt. Lehto 1991). Yhdessäkään lääkärivetoisessa yksikössä lääkettä ei siis kuitenkaan suljeta täysin pois menetelmävalikoimasta. Sen sijaan ehdottoman kielteisesti lääkeshoittoon suhtautuvat hoito-ohjelmat löytyvät yksiköistä, joiden johto ja ammattirakenne ovat painottuneet sosiaalialalle. Huumeeshoidon vaihtoehdot näyttävät näin jäsentyvän osin ammatillisten tekijöiden ja diskurssien pe-

rusteella. Eettisenä kysymyksenä lääkeshoito, erityisesti ylläpitohoito, ylittää ammattikuntarajat ja aiheuttaa mielipide-eroja myös yksiköiden sisällä.

**HUUMEPOTILAIDEN JA ALKOHOLISTIEN  
HOITO: YHDESSÄ VAI ERIKSEEN**

Toinen tärkeä periaatteellinen kysymys on pitkään ollut huumeiden käyttäjien ja alkoholistien hoitojärjestelyjen suhde: pitääkö huumeiden käyttäjät hoitaa erikseen vai yhdessä muiden päihdeongelmaisten kanssa. Tutkimusaineiston yksiköissä asia on ratkaistu kolmella eri tavalla sen mukaan, katsotaanko, että huumeiden käyttäjä voidaan hoitaa yksikkötasolla yhdessä alkoholistien kanssa, ja katsotaanko, että huumeongelma edellyttää omaa erityistä hoito-ohjelmaa. Kolme erilaista hoitojärjestelyä on kuvattu kuvion 2 nelikentässä.

Huumeeshoidon erityisyksiköt, HYKS:n vieroituslinikka, Kiskon toimipiste ja Pellak-sen hoitoonohjaus- ja vastaanottokoti, edustavat ratkaisua, jossa huumeiden käyttäjien hoito on eriytetty alkoholistien hoidosta sekä yksikkötasolla että hoito-ohjelmien suhteen.

*Kuvio 2. Huumeiden käyttäjien hoitojärjestelyt suhteessa alkoholistien hoitoon*

|               | Yksikkösijoitus |         |
|---------------|-----------------|---------|
|               | erikseen        | yhdessä |
| oma           | I               | II      |
| Hoito-ohjelma |                 |         |
| yhteinen      |                 | III     |

Erikoistuminen ja keskittyminen rajattuun asiakasryhmään on ollut niiden valttikortti hoitomarkkinoilla, kuten artikkelisarjan ensimmäisessä osassa todettiin. On tietenkin jossain määrin suhteellista, kuinka paljon huumeiden käyttäjien hoito-ohjelmat teknisesti eroavat alkoholistien hoidosta – samoja perusmenetelmiä on käytössä kummallakin sektorilla –, mutta siinä suhteessa hoidon erikoistuneisuus on selvää, että erityisyksiköissä toiminnan lähtökohtana on selkeästi nimenomaan huumeongelma siihen liittyvine erityismäärittelyineen, ei yleinen päihdeongelma tai riippuvuus sinänsä.

Toinen ratkaisumalli huumeiden käyttäjien hoitojärjestelyyn on sellainen, että huumeiden käyttäjiä hoidetaan yksikkötasolla yhdessä alkoholistien kanssa, mutta että heille tarjotaan oma erikoishoito-ohjelma. Selkein esimerkki tällaisesta järjestelystä on Tervalampi, jossa alkoholistien ja muiden päihdeongelmaisten joukosta on varattu kaksi hoitopaikkaa nimenomaisesti huumeiden käyttäjille, joille on tarjolla omat lääkevieroitushoito-ohjelmansa. Alkoholistien ja huumeiden käyttäjien hoito-ohjelmien eriytyminen näkyy mielenkiintoisesti myös ongelman määrittelyissä: kun päihteiden ongelmakäyttöä yleisesti ottaen käsitellään elämäntaito-ongelmana, niin huumeasiakkaiden hoidossa riippuvuuskonseptiolla on vahva asema. Hoitohenkilöstön keskuudesta Tervalammella on muodostettu neljän hengen erikoistiimi, joka muun työn ohessa kiinnittää erityishuomiota yksikön huumeasiakkaisiin. Hoito-ohjelmien jonkinasteista eriytymistä on ollut myös Kettutien A-poliklinikalla, jonka kautta huumeasiakkaat Tervalammelle tulevat. Huumeiden käyttäjät ovat saaneet erityishuomion Kettutien monipäihderiippuvuutta koskevassa kokeiluprojektissa. N-ryhmän yksiköistä Sutela-koti on pyrkinyt profiloitumaan erityisesti huumeongelmaisten hoitopaikkana, vaikka siellä hoidetaan myös muita päihdeongelmia. Huumeongelmaisten hoito-ohjelman erityispiirteenä korostetaan pidempää hoitoaika ja tiukempaa rajojen asettelua.

Kolmas hoitojärjestelyn tyyppi on päihdeongelmaisten yhteishoito, jossa huumeiden käyttäjät ja muut päihdeongelmaiset hoidetaan samoissa yksiköissä ja periaatteessa saman hoito-ohjelmaavalikoiman rajoissa. Raja edelliseen hoitojärjestelyn tyyppiin on siinä suhteessa häilyvä, että tähän ryhmään kuuluvissa yksiköissäkin toki nähdään eroja alkoholien ja huumeiden käytön välillä ja saatetaan myös mainita joitakin huumeiden käyttäjien hoidon erityispiirteitä (erityisesti pidemmät hoitoajat), mutta päälinja on kuitenkin selkeästi pois ainekohtaisista asiakaserotteluista. Aineisiin perustuvan erottelun sijasta korostetaan päihderiippuvuuden yksilöllisiä eroja (Järvenpää, Mainiemi ja Hietalinna) tai nuorten päihdeongelmien taustalla olevaa psyykkistä ja sosiaalista ongelmakenttää, ”elämän irtolaisuutta” (Nuorten päihdepysäkki). A-ryhmän yksiköissä korostetaan erityisesti yleistä riippuvuusdynamiikkaa (myös ongelmapelaajat ja muut vastaavat pakonomaisen toiminnan valtaan kiinni jääneet kuuluvat samaan kategoriaan), N-ryhmän yksiköissä sitä, että nuorten kohdalla käytetyllä aineella on jokseenkin olematon merkitys.

## POHDINTA

Yhtä ylivertaista, kaikille sopivaa ja tehokkuudeltaan taattua huumehoidon mallia tai menetelmää ei ole olemassa, ja sellaista tuskin tullaan koskaan keksimäänkään (esim. Ravndal 1993; Johns 1994). Hoitopalvelujen kokonaisuuden kannalta tärkeää on se, että tarjolla on erilaisia vaihtoehtoja, joista yksilö voi valita tai joiden rajoissa häntä voidaan ohjata valitsemaan itselleen parhaiten sopiva menettely. Tämä on myös tutkimuksen haastatteluihin yleisesti lausuttu toteamus. Yksikään yksikkö ei katsonut olevansa kaikkivoipa: katkenneita ja epäonnistuneita hoitosuhteita oli joka yksikössä. Toisaalta yhdessä yksikössä katkennut hoitosuhde ei välttämättä merkitse hoidon totaalista epäonnistumista: voi olla, että kontaktista on jäänyt henkilölle



”takkiin” jotakin positiivista, mikä poikii kimmokkeen hakeutua myöhemmin johonkin toiseen, ehkä hänelle paremmin sopivaan yksikköön. Huumeista irrottautuminen voi olla pitkä, usean pysäkin kautta etenevä prosessi, jossa retkahdukset ja takapakit kuuluvat kuvaan (O’Brien 1994).

Vaihtoehtoilla on siis tärkeä strateginen merkitys hoitojärjestelmässä. Yhteenvetona voidaan todeta, että kokonaisuutena huumeiden käyttäjälle on Suomessa tarjolla aika suuri joukko erilaisia hoitovaihtoehtoja. On erityisyksikköjä, päihdehuollon yksikköjä, omia hoito-ohjelmia, lääkkeitöntä hoitoa, lääkkeellistä hoitoa, erilaisia ryhmiä, yhteisöhoitoa, yksilöterapijaa ja yksilöllistä hoitosuunnittelua, on vieroitusta, kuntoutusta, avohoittoa, on oma-apuryhmiä, työtoimintaa, tuettua asumista ja seurantaa. Toinen kysymys on se, onko kokonaisuus organisoitunut niin, että se vastaa tarpeita oikealla tavalla ja että tieto erilaisista vaihtoehtoista on tarvitsijoiden ulottuvilla.

Erilaisista hoitovaihtoehtoista ainakin yksi on kovin ohuesti mukana kokonaisuudessa: meiltä puuttuu johdonmukaisesti toteutettava vieroitushoito lääkkeiden avulla ja ylläpito-hoidon toteutus. Mietintöjen ja muistioiden tasolla vaikeimpien opiaattiriippuvaisten narkomaanien lääkahoitoon on otettu myönteisen kanta 1990-luvulla jo pariinkin kertaan (Narkomaanien..., 1991; Opioidiriippuvais-

ten..., 1993), mutta käytännön tasolla toimenpiteiden käynnistäminen oli tutkimusaineiston keruun aikana vasta keskustelun alaisena. Toinen kriittinen piste saattaa olla siinä, että pitkien hoitojen kohdalla laitoshoidon vaihtoehdot kaventuvat huomattavasti. Tämä ei välttämättä ole ongelma, jos avohoidon palvelut pelaavat, mutta tärkeä kysymys sikäli, että hoidon keston – hoitotyypistä riippumatta – on huumeongelmissa todettu vaikuttavan positiivisesti hoitotuloksiin (Ravndal 1993).

Haastatteluisissa yksiköiden edustajilta kysyttiin, miten ne tiedottavat palveluistaan. Vastausten perusteella vallitseva strategia oli lähettää esitteitä terveys- ja sosiaalialan toimipisteisiin. Niissä hoitokentän vaihtoehtojen hahmottaminen on näin kiinni siitä, kuinka monen yksikön esite toimipisteeseen on saatu ja tallennettu. Hoitoonohjauksen kannalta olisi todennäköisesti hyödyllistä kehittää myös yhteistä tiedottamista. Sosiaali- ja terveysministeriö on toki julkaissut luettelon päihdeongelmien hoitoyksiköistä ja toimipaikoista, mutta hyödyllistä voisi olla toimittaa myös erillinen huumeekysymykseen keskittyvä ja sisällöltään informatiivisempi esittely. Hoidon kannalta voisi olla hyötyä siitä, jos hoitoon ohjaava henkilö ja asiakas pystyisivät yhdessä arvioimaan erilaisia tarjolla olevia vaihtoehtoja ja valitsemaan niistä sopivimman tuntuksen.

## KIRJALLISUUS

Babor, Thomas: Social, scientific, and medical issues in the definition of alcohol and drug dependence. P. 19–36. In: Edwards, G. & Lader, M. (eds.): The nature of drug dependence. Oxford: Oxford University Press, 1990

Berridge, Virginia: Dependence: historical concepts and constructs. P. 1–16. In: Edwards, G. & Lader, M. (eds.): The nature of drug dependence. Oxford: Oxford University Press, 1990

Christie, Scott & DeBerry, Stephan: Culture and community in the therapeutic community: Implications for the treatment of recovering substance misusers. The International Journal of the Addictions 29 (1994): 6, 803–817

Hakkarainen, Pekka & Hoikkala, Tommi: Temgesic: lättlurade läkare, narrande narkomaner. Nordisk Alkoholtidskrift 9 (1992): 5, 261–273

Hakkarainen, Pekka & Kuussaari, Kristiina: Erikoistunut huumehoito: Palvelurakenne ja huumehoidon järjestelmä. Alkoholipolitiikka 61 (1996): 1, 30–41

Holopainen, Antti & Annala, Tuula: A-klinikka-säätiön lääketieteellisen A-poliklinikkakokeilun tuloksia. Kettutien A-poliklinikka, moniste 1995

Johns, Andrew: Opiate treatments. Addiction 89 (1994): 11, 1551–1558

Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi & Pösö, Tarja: Tulkitseva sosiaalityö. S. 9–31. Teoksessa: Jokinen, A. & Juhila, K. & Pösö, T. (toim.): Sosiaalityö, asi-

akkuus ja sosiaaliset ongelmat. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto, 1995

Kaukonen, Olavi: Sosiaaliseen päihdehuoltoon? Helsinki: Stakes, Raportteja 137/1994

Lehto, Juhani: Juoppojen professionaalinen auttaminen. Helsinki: Stakes, Tutkimuksia 1/1991

Mäkelä, Klaus: AA:n 12 askeleen ohjelma ja muut kuin alkoholiin liittyvät elämänongelmat. Alkoholipolitiikka 57 (1992): 3, 159–168

Narkomaanien hoidon järjestäminen Helsingissä. Työryhmän raportti. Helsingin kaupungin terveydenhuolto, 1991

Nuorvala, Yrjö & Lehto, Juhani: Päihdetapaus-

laskenta vuonna 1991. Alkoholipolitiikka 57 (1992): 4, 264–269

O'Brien, Charles: Overview: The treatment of drug dependence. Addiction 89 (1994): 11, 1565–1569

Opioidiriippuvaisten narkomaanien lääkehoitotyöryhmän muistio. Stakes, Aiheita 13/1993

Ravndal, Edle: Virker behandling? En oversikt over behandlingsresultater for stoffmisbrukere i Norden og internasjonalt. Nordiska kontaktman-naorganet för narkotikafrågor. Nordnark 1993:1

Schuckit, Marc: The treatment of stimulant dependence. Addiction 89 (1994): 11, 1559–1563.

## ENGLISH SUMMARY

**Pekka Hakkarainen & Kristiina Kuussaari:** *Specialized drug treatment in Finland: definition of the drug problems and different treatments (Erikoistunut huumehoito: ongelman määrittely ja erilaiset hoitovaihtoehdot)*

There exists no single method of treatment that is suitable for all drug users, but alternative treatments must be available. This article looks at the various methods of treatment that are available in Finland and studies the underlying definitions of those methods. The focus of the study is on 12 specialized treatment units that are known to have experience in drug treatment. The data were collected in spring 1994.

Various methods are applied in the treatment of drug users. Almost all the units included in this study offered detoxification treatment. Rehabilitation is also included in their programmes. Basic treatment methods include therapeutic community, individual and group therapy as well as individual treatment decisions. In addition, each unit has its own range of methods which differ to some extent from those used in other units. These complementary methods include various activities, network therapy and cognitive behaviour therapy.

The definition of the drug problem seems to influence the unit's choice of method. These definitions are based on differential emphases on physical, social and psychological dimensions. Dependence is the most common way of defining an indi-

vidual drug problem.

The units can be divided into three groups according to their attitude towards medical treatment: absolutely negative, absolutely positive and an in-between group. Most units can be slotted into the middle group where the goal is to treat patients without any medication – although medication will be used if it is absolutely necessary. The negative attitude towards medical treatment is connected with views that define the drug problem through social relations. The positive attitude is connected with definitions that emphasize mental disorder or dependence.

Another long-standing issue in the Finnish debate on drug treatment has been whether drug users should be treated separately or together with alcoholics. Here, too, there are three approaches: (1) drug users are treated in their own separate units, (2) drug users are treated in the same units with alcoholics but they have their own treatment programmes, and (3) drug users and alcoholics are treated in the same units, basically using the same methods of treatment.

There is a fairly wide range of treatments available for drug users in Finland. However, we still lack a consistent medical detoxification and methadone maintenance programme. It can also be questioned whether the treatment system really meets existing needs and whether the knowledge about the various treatments available reaches those who need that information.

## KEY WORDS:

*Drug abuse, treatment, Finland, institutions, inpatient care, dependence, therapy, alcoholism, terminology*